

総括表（無床診療所）

（令和7年8月1日現在）

医療機関コード						
医療機関名						
電話番号	—		—			
FAX番号	—		—			
メールアドレス						
ふりがな						
担当者氏名						
職名						

当診療所は、以下のとおり報告します。

（該当する口にレ印を付けてください。）

（頁）

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 総括表（無床診療所）
※全ての保険医療機関が提出 | (1) |
| <input type="checkbox"/> | ニコチン依存症管理料に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (2) |
| <input type="checkbox"/> | 在宅療養支援診療所に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (3)～(4) |
| <input type="checkbox"/> | 診療所の届出状況報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (5) |
| <input type="checkbox"/> | 予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書
※当該報告を行っている場合に限る | (6) |
| <input type="checkbox"/> | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書
※当該報告を行っている場合に限る | (7) |
| <input type="checkbox"/> | 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (8) |
| <input type="checkbox"/> | 慢性腎臓病透析予防指導管理料に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (9) |
| <input type="checkbox"/> | 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書
※当該報告を行っている場合に限る | (10) |
| <input type="checkbox"/> | 情報通信機器を用いた診療に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (11) |
| <input type="checkbox"/> | 疾患別リハビリテーションに係る症例報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (12) |
| <input type="checkbox"/> | 摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (13) |
| <input type="checkbox"/> | 情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (14) |
| <input type="checkbox"/> | 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算に規定する施設基準に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (15) |
| <input type="checkbox"/> | 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (16) |
| <input type="checkbox"/> | 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解の実施状況報告書
※当該報告を行っている場合に限る | (17) |
| <input type="checkbox"/> | プログラム医療機器の使用等（評価療養）に関する実施状況報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (18) |
| <input type="checkbox"/> | プログラム医療機器の使用等（選定療養）に関する実施状況報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (19) |
| <input type="checkbox"/> | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (20) |
| <input type="checkbox"/> | 生殖補助医療管理料に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (21) |
| <input type="checkbox"/> | 精巣内精子採取術に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (22) |
| <input type="checkbox"/> | 費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書
※「正当な理由」について、北海道厚生局に報告を行っている場合に限る | (23) |

保険外併用療養費等について、この総括表に項目のない「特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る届出状況報告書」や「医薬品の治験に係る診療」等について実施がある場合は、北海道厚生局ホームページに掲載している様式に実施状況を記入のうえ、本報告書と併せてご提出ください。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html

<留意事項>

- 1 報告様式は、毎年見直しが行われているため、必ず今年度のものを使用してください（前年度以前の様式は、使用できません）。
- 2 この「総括表（無床診療所）」は、必ず提出してください。各報告書のうち、届け出していない施設基準等のものは、提出不要です。
- 3 作成にあたっては各様式の「記入上（記載上）の注意」を必ずお読みください。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

(令和7年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

ニコチン依存症管理料を算定した患者数 (令和6年4月～令和7年3月)	①		名
①のうち、当該期間後の7月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②		名
②のうち、禁煙に成功した者	③		名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④		名
ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤		回
ニコチン依存症管理料2の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑥		回
ニコチン依存症管理料1の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑦		回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧		回
①のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑨		回
②のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑩		回
③のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑪		回

喫煙を止めたものの割合 = $\frac{(\text{③}+\text{④})}{\text{①}} \times 100$ %

治療の平均継続回数 = $\frac{(\text{⑦}+\text{⑧})}{(\text{⑤}+\text{⑥})}$ 回

[記入上の注意]

1. 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料1の初回点数及びニコチン依存症管理料2を算定した患者数の合計を計上してください。
2. 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上してください。
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認してください。
3. 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和6年3月5日保医発0305第6号)の別添2の様式8の「記載上の注意」の1の再度の届出を行った場合であっても、本報告は必要です。

在宅療養支援診療所に係る報告書

(令和7年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

※該当する口にレ印を入れてください。

- 別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所(機能強化型の単独型)
- 別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所(機能強化型の連携型)
- 別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所(従来型)
- 在宅療養実績加算1(別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所のみ)
- 在宅療養実績加算2(別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所のみ)

I. 直近1年間(前年8月から本年7月まで)に在宅療養を担当した患者について(自院のみの実績)

1. 平均診療期間	() ヶ月
2. 合計診療患者数	() 名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ () 名
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+② () 名
ア. うち自宅での死亡者数	① () 名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② () 名
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④ () 名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ () 名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ () 名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	() 名

II. 直近1年間(前年8月から本年7月まで)の訪問診療等の実施回数について(自院のみの実績)

訪問診療等の 合計回数	(1) 往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ 回	① 回	回	② 回	③ 回

III. 直近1月間(本年7月)における往診又は訪問診療の状況について(自院のみの実績)

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	() 名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	() 名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	() %

(次ページへ続く)

在宅療養支援診療所に係る報告書（続き）

（令和7年8月1日現在）

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

（前ページの続き）

IV. 在宅支援連携体制について ※「第9」の1の（1）及び（2）に規定する在宅療養支援診療所が記入

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数（自院を含む）	（ ） 名
2. 連携する保険医療機関数（自院を含む）	（ ） 医療機関
3. 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席回数（直近1年間）	（ ） 回
4. 往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	（ ） 医療機関

V. 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況（Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること）

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介（文書によるものに限る。）を受けた保険医療機関（算出に係る期間：令和7年7月1日～令和7年7月31日）			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績（算出に係る期間：令和7年7月1日～令和7年7月31日）			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ② / (①+②)		%
⑤	要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

[記入上の注意]

- 1 I・II・IIIについては、自院のみの実績を記入してください。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記入してください。
- 3 Iの2の「（1）うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「I. うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。
- 4 Iの2の（2）の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届け出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含まれます。
- 5 IIの「うち緊急の往診」は、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。
- 6 IVの「在宅支援連携体制について」欄は、「第9」の1の（1）に規定する在宅療養支援診療所については3及び4を、「第9」の1の（2）に規定する在宅療養支援診療所については1～4を記入してください。

診療所の届出状況報告書

(令和7年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

1 在宅療養支援診療所の届出状況 ※該当する事項に○を付けてください。

届出区分	(○印)	訪問看護体制	(○印)
(1) 機能強化型の単独型		自院	
(2) 機能強化型の連携型		連携保険医療機関	
(3) 従来型		連携訪問看護ステーション	
在宅療養実績加算1			
在宅療養実績加算2			

往診の体制	(○印)	緊急時に入院できる体制	(○印)
自院		自院のみで確保	
連携保険医療機関		当該診療所及び連携保険医療機関で確保	
		連携保険医療機関のみで確保	

在宅療養担当常勤医師数（自院のみ） 人

○「(2) 機能強化型の連携型」の場合のみ記入

※直近1年間（前年8月から本年7月まで）に在宅療養を担当した患者について、

自院・連携先を含め全て記入してください。

※連携先のグループが複数あるときは、各グループごとに作成してください。

連携先医療機関名	看取り件数	緊急往診件数
1 (自院)	件	件
2	件	件
3	件	件
4	件	件
5	件	件
6	件	件
7	件	件
8	件	件
9	件	件
10	件	件
合計	件	件
緊急往診件数が10件以上の医療機関数		機関

[記入上の注意]

- いずれの項目も該当しない保険医療機関については、本様式の提出は不要です。

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書

(令和7年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

1 検 査 _____ 円
(消費税を含む)

2 リハビリテーション _____ 円
(消費税を含む)

3 精神科専門療法 _____ 円
(消費税を含む)

[記入上の注意]

- 1 検査とは、腫瘍マーカーのうち、 α -フェトプロテイン(AFP)及び癌胎児性抗原(CEA)、「前立腺特異抗原(PSA)及び「CA19-9」を示します。
- 2 リハビリテーションとは、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料を示します。
- 3 精神科専門療法とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケアを示します。
- 4 各項目ごとに複数の料金を設定している場合は、平均額を記入してください。
- 5 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

都道府県名	北 海 道					
医療機関コード						
医療機関名						

本指導管理料を算定した患者数 (期間：令和6年4月～令和7年3月)	①	名
--------------------------------------	---	---

①のうち、当該期間後の7月末日までに HbA1cが改善又は維持された者	②	名
----------------------------------------	---	---

①のうち、当該期間後の7月末日までに 血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③	名
----------------------------------------------	---	---

①のうち、当該期間後の7月末日までに 血圧が改善又は維持された者	④	名
-------------------------------------	---	---

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{②}}{\text{①}} \quad \boxed{} \quad \%$$

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{③}}{\text{①}} \quad \boxed{} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{④}}{\text{①}} \quad \boxed{} \quad \%$$

[記入上の注意]

- 1 「①」の「本指導管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②」から「④」の「改善又は維持された者」については、初回到糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 3 「①」における期間は、前年4月1日から当年の3月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

慢性腎臓病透析予防指導管理料に係る報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード※	
保険医療機関名	

※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の7月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の7月末日までに血圧が改善又は維持された者	③ 名
Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合 (=②/①)	④ %
血圧の改善又は維持が認められた者の割合 (=③/①)	⑤ %

[記載上の注意]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」及び「③」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 「①」における期間は、前年の4月1日から当年の3月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する
多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都 道 府 県 名 北 海 道

医 療 機 関 コ ー ド

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名

多焦点眼内レンズの種類	販売名	医療機器承認番号	実施回数(※記載上の注意 4. を参照)	患者からの徴収額(消費税を含む。)(※記載上の注意 5. を参照)
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円
			回	円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年 8 月 1 日～当年 7 月 3 1 日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「多焦点眼内レンズの種類」については、多焦点後房レンズ、挿入器付後房レンズのうち、該当するものを記載すること。
3. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号(16桁)を記載すること。
4. 「実施回数」について、1人の患者に対して片眼に本療養を実施した場合を1回として計数する。
同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は2回として計数し、同一レンズについて、複数患者に対して本療養を実施した場合には、総実施回数を記載すること。
5. 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金(1眼当たり)として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
6. 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

情報通信機器を用いた診療に係る報告書（8月報告）

(令和7年8月1日)

保険医療機関名

医療機関コード

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

郵便番号

所在地

1 情報通信機器を用いた診療実施状況

1) 患者の所在毎の情報通信機器を用いた診療実施状況

※ ①と②の診療件数の合計が2の「情報通信機器を用いた診療の算定件数」の「初診料」と「再診料等」の合計と一致する必要があります。	診療件数	そのうち「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数
患者の所在が、上記医療機関と同一の市町村又は特別区である場合 (①)	件	件
患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合 (②)	件	件
全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合 (②/①+②)	%	

2) 患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況（具体的な医療機関名、紹介・連絡・情報提供の方法、事前合意の有無など）

市町村又は特別区名	直接の対面診療を行える体制の整備状況

3) 医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

医師名	常勤／非常勤	オンライン診療を実施した場所	都道府県	診療録等、過去の患者の状態を把握する体制
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ()

2 診療の件数

	対面診療で実施した診療の算定件数		情報通信機器を用いた診療の算定件数			
	初診料	再診料等 (外来診療料を含む)	初診料 <small>(初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数)</small>		再診料等 <small>(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)</small>	
8月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
9月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
10月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
11月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
12月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
1月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
2月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
3月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
4月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
5月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
6月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件
7月	件	件	初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件

3 診療前相談の実施状況 (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 診療前相談をオンライン診療と一連として実施している <input type="checkbox"/> 診療前相談とオンライン診療は明確に時間を分けて実施している <input type="checkbox"/> その他()

【記載上の注意】

- 1 本報告については、前年8月1日あるいは「情報通信機器を用いた診療」に係る届出を行って以後～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「1-2) 患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。
- 3 「1-3) 医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合」については、該当する全ての医師について記載すること。なお、医師が5名を超える場合は適宜行を追加して記載すること。
- 4 「2 情報通信機器を用いた診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告して下さい。

(別紙様式22)

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード※	
保険医療機関名	

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

1. 疾患別リハビリテーション料の算定状況について

令和7年7月1日から31日までの1ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

	入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
<脳血管疾患等リハビリテーション料について>		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(180日)を超えた患者	人	人
※ 2)は3)と5)を足し合わせた数		
3) 2)のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<廃用症候群リハビリテーション料について>		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(120日)を超えた患者	人	人
※ 2)は3)と5)を足し合わせた数		
3) 2)のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<運動器リハビリテーション料について>		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(150日)を超えた患者	人	人
※ 2)は3)と5)を足し合わせた数		
3) 2)のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、令和7年7月1日から7日までの1週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ(入院中の患者以外の患者)を記載すること。

	1)年齢	2) 要介護度 【選択肢】 1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5 8. 該当無し	3) 主な傷病 ※○は1つだけ					4) 上限日数となつてからの期間 ※○は1つだけ				5) ADL				6) 単位数
			脳血管疾患	廃用症候群	外傷	外傷以外の整形外科疾患	その他	3か月未満	3か月以上6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上	B I (Barthel Index)		F I M (126点満点でご記入ください)		
												た上限日数の診察を超え	8月1日時点	た上限日数の診察を超え	8月1日時点	
例	75 歳	6	1	○2	3	4	5	1	2	○3	4	30	60	40	50	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

[記載上の注意]

1 1. については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

2 2. 5)の「上限日数を超えた最初の診察日」におけるBI(Bathel Index)及びFIMについて不明の場合は「-」と記入すること。

医療機関コード

摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書

都道府県名	北海道					
医療機関コード※						
保険医療機関名						

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

摂食嚥下機能回復体制加算 1・ 2・ 3 (該当するものに☑を付すること)

1. 嚥下機能の実績(加算1(⑨以外に記載)又は加算3(⑨に記載)に限る。加算2は記載不要。)

(1)実績期間		
実績期間	年 月 ~ 年 月	
備考:		
(2)摂食嚥下機能回復体制加算に係る経口摂取回復率		
①	a. 1年間(1. の実績期間)に他の医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者、又は中心静脈を実施している患者であって、当該医療機関において摂食機能療法を実施した者(転院、退院した者を含む) b. 1年間(1. の実績期間)に当該医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者、又は中心静脈を開始した患者(転院、退院した者を含む) ただし、a、bのいずれにおいても②から⑦までに該当する患者を除く。	人
②	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)	人
③	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1ヶ月以内に栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者	人
④	①のaに該当する患者であって、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑤	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
⑥	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑦	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑧	摂食機能療法を開始した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者(ただし、②から⑦までに該当する患者を除く)	人
⑧ / ① = 割		
⑨	中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者(加算3に限る)	人

[記載上の注意]

- (1)は原則として報告時点の前年1月~12月の一年間の実績を記載することとし、それ以外の期間とした場合には、その理由を備考に記載すること。
例)令和7年2月1日に当該加算に係る届出を行ったため、令和7年2月から令和7年7月の実績を記載する事とした。
- ②及び⑧の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。
- ⑧の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
ア 鼻腔栄養を実施している患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
ウ 中心静脈栄養を実施している患者にあつては、中心静脈栄養を終了した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- ⑨については、摂食嚥下機能回復体制加算3に該当する場合のみ記載すること。
なお、該当していない場合は、「-」を記載すること。

摂食嚥下機能回復体制加算3

届出の有無(有・ 無) (をつける。以下は有の場合のみ記載すること)

自院実施患者紹介患者の別 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	VF/VEの実施場所 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)	患者 性別	患者 年齢	1の②~⑦のい ずれかに該当 するか※1	FIM (開始 時) (A)	FIM (直近) (B)	FOIS (開始 時) (C)	FOIS (直近) (D)	日数 ※2
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日

[記載上の注意]

- 1 ②~⑦に該当する場合のみ該当する番号を記載すること(※1)。
- 2 日数は、摂食嚥下支援計画書の作成時の測定と、直近の測定までの期間を記載すること。なお、FIMとFOISは同日に測定すること。従って(A)から(B)及び(C)から(D)までの期間は、同じであること(※2)。
- 3 1. (1)に記入した期間の実績について記載すること。

(別紙様式25)

情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書 (8月報告)

(令和7年8月1日)

保険医療機関名	
保険医療機関コード (レセプトに記載する7桁の数字を記載)	
郵便番号	
所在地	

1 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医に係る要件

		指定医氏名①		指定医氏名②	
		指定医番号		指定医番号	
(1)	他医療機関で時間外、休日又は深夜における外来対応施設 (自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。) での外来診療又は救急医療機関で診療協力 (外来、当直、対診等) を年6回以上行うこと (いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)				
		実施日	実施医療機関名	実施日	実施医療機関名
	実施日① (実施医療機関名)				
	実施日② (実施医療機関名)				
	実施日③ (実施医療機関名)				
	実施日④ (実施医療機関名)				
	実施日⑤ (実施医療機関名)				
	実施日⑥ (実施医療機関名)				
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等 (※) を年1回以上行っていること。 (※) 精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。				
	実施日 (実施医療機関名)				
	公務員としての業務の場合				
	①実施した業務の内容				
	②依頼元 (都道府県名等)				

(3) 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して処方した抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数

種類数	抗不安薬		睡眠薬		抗うつ薬		抗精神病薬	
0種類		件		件		件		件
1種類		件		件		件		件
2種類		件		件		件		件
3種類以上		件		件		件		件

3 精神療法の件数

	対面診療で実施した精神療法の算定件数		情報通信機器を用いた精神療法の算定件数	
	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ロ 「1」ハ(1) 「2」ロ 「2」ハ(1) 「2」ハ(2) の件数の合計	30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(2) 「2」ハ(3) の件数の合計	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(1)① の件数	30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(2)① の件数
8月		件		件
9月		件		件
10月		件		件
11月		件		件
12月		件		件
1月		件		件
2月		件		件
3月		件		件
4月		件		件
5月		件		件
6月		件		件
7月		件		件

[記載上の注意]

- 1 本報告については、「2の(3)」以外は前年8月1日（前年8月1日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）～当年7月31日の診療実施状況を、「2の(3)」は当年5月1日（当年5月1日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）～7月31日の診療実施状況を、それぞれ記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「2の(2)」の「患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。
- 3 「2の(3)」については、当年5月1日～7月31日に情報通信機器を用いた精神療法を実施した患者に対して抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬を処方した件数を、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数毎に記載すること。例えば、情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、1種類の抗不安薬及び2種類の睡眠薬を処方した場合は、「1種類の抗不安薬を処方した件数」及び「2種類の睡眠薬を処方した件数」にそれぞれ1を計上する。
- 4 「3」の「精神療法の件数」のうち、「対面診療で実施した精神療法の算定件数」については、情報通信機器を用いた精神療法を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告すること。

保険医療機関コード	
-----------	--

(別紙様式 2 1)

通院・在宅精神療法の注11（早期診療体制充実加算）に規定する施設基準に係る報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード※	
保険医療機関名	

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

- 1 常勤の精神保健指定医の配置に係る要件
 (常勤の精神保健指定医の氏名及び指定医番号を記入すること。)

氏名	指定医番号

- 2 通院・在宅精神療法の算定回数に係る要件
 (以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。)

当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数	うち	「1」のロ（初診の日に60分以上）	の算定回数	回 (a)
		「1」のハの(1)（30分以上）	の算定回数	回 (b)
		「2」のロ（初診の日に60分以上）	の算定回数	回 (c)
		「2」のハの(1)（60分以上）	の算定回数	回 (d)
		「2」のハの(2)（30分以上60分未満）	の算定回数	回 (e)
$\{(b) + (c) + (d) + (e) + (f)\} \div (a)$				(%)
			<input type="checkbox"/>	(≥ 5%)

※診療所にあつては、以下の各数値も記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数	人 (g)
	(回/人)
$\{(b) + (d)\} \div (g)$	<input type="checkbox"/> (≥ 60)

3 精神保健指定医に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

	指定医氏名①	指定医氏名②			
	指定医番号	指定医番号			
(1)	時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診等）を年6回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。				
		実施日	実施医療機関名	実施日	実施医療機関名
	実施日①（実施医療機関名）				
	実施日②（実施医療機関名）				
	実施日③（実施医療機関名）				
	実施日④（実施医療機関名）				
	実施日⑤（実施医療機関名）				
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年1回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。				
	実施日（実施医療機関名）				
	公務員としての業務の場合				
	①実施した業務の内容				
	②依頼元（都道府県名等）				

4 当該保険医療機関の、地域の精神科救急医療体制の確保への協力に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関
		<input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
(2)	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関	
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件（≥4件）
	①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼件数	件（≥1件）
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件（≥10件）
	②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼件数（夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。）。	件
(3)	①	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関
	②	<input type="checkbox"/> 時間外対応加算1の届出を行っている。
	③	<input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている。

医療機関コード	
---------	--

5 早期診療体制充実加算における届出に係る要件
 (届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

児童思春期精神科専門管理加算	□
療養生活継続支援加算	□
児童思春期支援指導加算	□
精神科リエゾンチーム加算	□
依存症入院医療管理加算	□
摂食障害入院医療管理加算	□
精神科入退院支援加算	□
児童・思春期精神科入院医療管理料	□
認知療法・認知行動療法	□
依存症集団療法 1、2 又は 3	□
精神科在宅患者支援管理料	□

[記載上の注意]

- 1 「3」について、
 - ・ 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が(2)を満たすこと。当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が(2)を満たすこと。
 - ・ (2)について、当該精神保健指定医が以下の①から⑤に掲げる「公務員としての業務」を行っている場合は、実施した業務の内容及び当該業務を依頼した都道府県名又は政令指定都市名を記入すること。
 - ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
 - ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
 - ③ 精神医療審査会における業務
 - ④ 精神科病院への立入検査での診察
 - ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- 2 「4」について、当該保険医療機関において、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、精神科救急医療体制整備事業の病院群輪番型施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、①及び③又は②及び③の要件を満たすこと。
- 3 「5」について、当該保険医療機関においていずれかを届け出ていること。

医療機関コード	
---------	--

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

保険医療機関名

医療機関コード

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数(令和7年7月1日時点)		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数(褥瘡保有者数)		名
③ ②のうち、訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 (訪問診療利用開始時褥瘡保有者数)		名
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 褥瘡の重症度	訪問診療開始時の褥瘡(③の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DDTI	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

1の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

- (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入してください。(当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める)
- (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R2020分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える)
- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R2020分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える)
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載してください。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入してください。

保険医療機関名

保険医療機関コード

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間:令和6年4月~令和7年3月)		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など)	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡(②の患者の訪問診療開始時)	訪問診療中に発生した褥瘡(②の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DDTI	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

2の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入してください。ただし、1名の患者が複数回、本管理指導料を算定した場合においても、患者1名として数えてください。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入してください。
(1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える)
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えてください。(複数回答)
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入してください。

プログラム医療機器の使用等(評価療養)に関する実施状況報告書

都道府県名 北海道

医療機関コード
※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

1. 医薬品医療機器等法に基づく承認(第1段階承認)を受けたプログラム医療機器の使用等

Table with 5 columns: 販売名, 医療機器承認番号, 使用等回数又は人数, 患者からの徴収額, 徴収額に対応する使用期間. Includes 5 empty rows for data entry.

2. 保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等

Table with 5 columns: 販売名, 医療機器承認番号, 使用等回数又は人数, 患者からの徴収額, 徴収額に対応する使用期間. Includes 5 empty rows for data entry.

[記載上の注意]

- 1. 本報告については、前年8月1日～当年7月31日の実施状況を記載すること。
2. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号を記載すること。
3. 「使用等回数又は人数」について、患者自身が医療機関外で継続的に使用するもの以外については、医療機関において当該プログラム医療機器の使用又は支給を実施した回数を記載し、患者自身が医療機関外で継続的に使用するものについては、使用した患者数を記載すること。
4. 「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。また、患者自身が継続的に使用するものについては、徴収額に対応する使用期間も記載すること。
5. プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況報告書

都 道 府 県 名 北 海 道

医 療 機 関 コ ー ド

※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施件数	患者からの徴収額 (消費税を含む。) (※記載上の注意 2. を参照)
	円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年 8 月 1 日～当年 7 月 3 1 日の実施状況を記載すること。なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「患者からの徴収額」は、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
3. 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

生殖補助医療管理料に係る報告書

医療機関名：

医療機関コード：

1 実施事項について
(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）への登録を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

医療安全管理体制について

① 医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
② 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
③ 医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に行っている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
④ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑤ 自医療機関において保存されている配偶子、受精卵の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑥ 体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士/エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

【記載上の注意】

1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。

精巣内精子採取術に係る報告書

医療機関名：

医療機関コード：

- 1 実施事項について
 (□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

医療安全管理体制について

①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的実施している	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
⑤	自医療機関において保存されている精子の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる		<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
⑥	国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない

【記載上の注意】

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和7年8月1日現在)

都道府県名

北海道

医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の 数字を記載すること。	
保険医療機関の名称	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者 <input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要
レセプトコンピュータ 又は 自動入金機の改修時期	改修予定年月を1に記載し、()内のいずれかに☑をすること。未定の場合は2に記載すること。 1. 令和 年 月 (<input type="checkbox"/> レセプトコンピュータ <input type="checkbox"/> 自動入金機) 2. 令和 年第 四半期目途
明細書の交付の際に 徴収している金額	円

※ 本報告は、令和7年8月1日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

施設基準の届出の確認について（報告）

令和7年8月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

ア 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしている場合

提出不要

イ 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合

下の報告欄の【枠内】に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、提出してください。

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

<要件を満たしていない施設基準名> （記入例）地域包括診療加算

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

令和7年 月 日

北海道厚生局長 殿

保険医療機関 : 保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

電話番号

— — (担当:)